



## APLICACIÓN PARA EL CONDADO SNOHOMISH Premio Al Lugar de Trabajo Amigable Con la Lactancia Materna

La Coalición de Lactancia del Condado de Snohomish desea honrar a las empresas de nuestro condado que ayudan a apoyar a los empleados que amamantan a sus bebés. Los empleadores nominados luego seleccionados por un comité de revisión recibirán un certificado enmarcado y un comunicado por escrito para los medios locales. **Las personas que completen una solicitud pueden permanecer en el anonimato si así lo desean.**

**TODAS LAS NOMINACIONES DEBEN RECIBIRSE ANTES DEL 30 DE JUNIO  
LOS PREMIOS SE PRESENTARÁN EN AGOSTO**

### Tengo experiencia con el apoyo de amamantamiento de este empleador:

- Como madre lactante o embarazada       Debido a mis responsabilidades de trabajo  
 Como un compañero de trabajo

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

### La mejor manera de contactar a la compañía para evitar premios:

teléfono: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

Persona / personas (si corresponde) que merecen un reconocimiento especial por su apoyo:  
\_\_\_\_\_

### Política

¿Su empleador describe su apoyo a la lactancia materna en una política?

- No       Sí

**En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda**

- Política escrita  
 La política se comunica a todos los empleados  
 La política incluye soluciones creativas para superar las barreras específicas del lugar de trabajo (ejemplos: bebés permitidos en el trabajo, o pueden ser traídos por otros cuidadores durante los descansos)  
 La política apoya un ambiente amigable para la lactancia materna a través de la educación de todo el personal  
 La política apoya la lactancia durante el tiempo que los padres deseen (no solo un año)  
 Otro \_\_\_\_\_

### Ubicación

¿Su empleador proporciona un lugar seguro y privado que no es un baño para extraer leche?

- No       Sí

**I En caso afirmativo, marque todos los que correspondan:**

- Cerca de mi espacio de trabajo       Silla cómoda       toma de corriente eléctrica  
 Mesa pequeña

- Refrigerador o enfriador para almacenamiento de leche
- Cerca de lavabo con agua corriente o toallitas desinfectantes disponibles
- El espacio es estéticamente agradable
- El espacio está disponible siempre que sea necesario
- El espacio se comparte para otros fines (ejemplos: armario de almacenamiento, sala de reuniones)
- El espacio se prioriza para madres lactantes
- Otro: \_\_\_\_\_

### **Logística**

#### **¿Ofrece su empleador las siguientes opciones que respaldan la continuación de la lactancia?**

- Tiempo de descanso para extraer leche
  - los descansos son pagados       los descansos no son pagados
  - los descansos son flexibles y están disponibles siempre que sea necesario para extraer leche
- El seguro de salud provisto por la compañía cubre la doble máquina eléctrica para extraer leche
- El empleador proporciona una máquina multiusuario para extraer leche en la oficina
- Horas de trabajo flexibles
- Capacidad de trabajar a tiempo parcial o regresar al trabajo gradualmente
- Horario flexible, trabajo a distancia, trabajo desde casa o trabajo compartido
- Tiempo libre de maternidad (sin incluir pago por enfermedad, vacaciones o discapacidad)
  - Pagado       No pagado       Duración del tiempo de maternidad: \_\_\_\_\_
- Tiempo de paternidad
- Guardería infantil en el lugar de trabajo
- Programa "Bebé en el trabajo"
- Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

### **Soporte comunitario**

#### **¿Cuál de las siguientes opciones brinda su empleador a las empleadas embarazadas y en período de lactancia? (Continúa en la siguiente página)**

- Lista de servicios locales de lactancia materna (grupos, reuniones de la Liga de La Leche, información de contacto del IBCLC)
- Paquete educativo que promueve los beneficios de la lactancia materna
- Aliento para unirse a una clase de lactancia materna, ver a un IBCLC (asesor de lactancia) o recibir otro apoyo de buena calidad
- Servicios de asesoría de lactancia (IBCLC) pagados por el empleador o cubiertos a través del seguro de salud del empleador
- Otro (porfavor expique): \_\_\_\_\_

#### **¿Se sintió apoyado para continuar amamantando con su:**

- ¿Compañeros de trabajo?     Si       No
- Gerente / Supervisor?     Si       No

#### **¿Tiene algún comentario adicional sobre su experiencia con su empleador con respecto a la accesibilidad a la lactancia materna?**

Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario. La información que ha proporcionado ayudará a la Coalición de Lactancia Materna del Condado de Snohomish a reconocer a los empleadores que apoyan la lactancia materna..